

ЛЕКЦИЯ 6 (2 часа)

ТЕМА: СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Студент должен иметь представление:

- об основных этапах сестринского процесса в комплексе реабилитационных мероприятий больным с заболеваниями и травмами нервной системы.

знать:

- цели и задачи применения физических упражнений, физических факторов лечения и массажа при различных заболеваниях и травмах центральной и периферической нервной системы.

- особенности сестринского процесса на этапе реабилитации больных с заболеваниями и травмами нервной системы.

- показания и противопоказания к применению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях с учетом возраста и функциональных нарушений.

- особенности комплексов упражнений, дозировки ЛФК, массажа, физиопроцедур в зависимости от заболевания, стадии патологического процесса, двигательного режима

- методики проведения комплексов лечебной гимнастики:

- комплекс ЛГ в раннем периоде гемипареза, ЛГ при гемипарезах в позднем периоде.
- примерный комплекс ЛГ, подготавливающий больного к вставанию при периферических парезах и параличах (последовательность упражнений).
- ЛГ при шейно-грудном остеохондрозе.
- комплекс упражнений, применяемых для мимических мышц лица.

Содержание лекции:

Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы.

Работа, направленная на восстановление пострадавших функций у больных с нарушениями мозгового кровообращения, требует больших усилий как от специалистов по реабилитации, так и от самого больного. По мнению ряда авторов целесообразность применения лечебной гимнастики в постинсультном периоде не вызывает сомнений уже давно.

В настоящее время, в процессе реабилитации средствами кинезотерапии применяют лечение положением, лечебный массаж, пассивные упражнения, активные упражнения на расслабление мышц, упражнения для уменьшения синкинезий. Чрезвычайно важно методически правильно организовать реабилитационный процесс. При построении программы восстановительного лечения необходимо учитывать характер и степень тяжести инсульта, а также состояние сердечно-сосудистой системы. Следует применять строго дозированные усилия, не допуская утомления больного, нагрузку увеличивать постепенно.

Реабилитация осуществляется по 4 этапам.

На первом этапе задачами кинезотерапии являются: повышение общего тонуса организма; выработка активных движений путём растормаживания и активной стимуляции временно бездействующих нервных центров; предупреждение патологических состояний: стойких двигательных расстройств, контрактур и анкилозов; борьба с повышением мышечного тонуса и синкинезиями; профилактика осложнений в связи с вынужденной гиподинамией; выявление и стимуляция изолированного сокращения парализованных мышц конечностей; восстановление и компенсация двигательных навыков.

Для восстановления движений у больного, перенесшего инсульт уже в остром периоде проводят ряд мероприятий направленных на профилактику осложнений, особенно таких, как повышение мышечного тонуса и развитие контрактур. В частности профилактика типичной при гемиплегии или гемипарезе контрактуры Вернике-Мана заключается в следующем,

Лечение положением

С самого начала заболевания рекомендуется коррекция (лечение) положением в виде использования специальных укладок препятствующих образованию позы Вернике-Мана и развитию дистрофических явлений в суставах.

Выпрямленную поражённую руку отводят в сторону (за голову, вдоль туловища) и укладывают в положение супинации и экстензии с выпрямленными и разведёнными пальцами, большой палец в положении оппозиции. Пальцы выпрямлены или слегка согнуты в среднем физиологическом положении, которое может удерживаться мешочком с песком, лонгетами или специальными шинами, позволяющие удерживать кисть в разгибательном положении, и предупреждающие супинаторно-пронаторную установку в локтевом и плечевом суставах.

Для ноги используется следующая укладка: бедро выпрямлено, ротация его (кнаружи или внутрь) устранена, колено согнуто под углом 5-10 градусов, под коленный сустав поражённой ноги подкладывают ватномарлевый валик, стопе придают положение тыльного сгибания с помощью резиновой тяги или подошвенного противоупора, не более 90 градусов (оптимально-80), необходима опора под пальцы. Существует специальное устройство для предупреждения контрактур парализованной ноги, позволяющее фиксировать поражённую ногу в исходном положении лёжа или сидя, и предупреждающее разгибательную контрактуру стопы, ротационную и разгибательную установку в коленном суставе.

Иногда используется «пляжная поза», при которой нога согнута в колене и оперяется на пятку, больная нога ротирована кнаружи, колено согнуто под прямым углом, стопа наружной частью лежит на колене здоровой ноги. Подобное положение постепенно приводит к понижению тонуса приводящих мышц бедра.

При вертикальном положении больного, рука укладывается на специальную поддерживающую лонгету - косынку или специально сшитый для этого «лифчик». Предплечье полностью супинировано, кисти, пальцы расположены так же, как при горизонтальном положении.

Процедуру лечения положением повторяют несколько раз в день по 15-20 минут, ориентируясь на субъективные ощущения больного. Болевые ощущения и повышение спастичности служат сигналом к прекращению лечения.

Упражнения в перемене положения предусматривают стимуляцию процессов восстановления, подготовку больного к изменениям положения лёжа в положение сидя, а затем - стоя.

Пассивные движения и массаж

В процессе восстановительного лечения существенное место занимает массаж, в процессе которого механическая энергия движений переходит в энергию нервного возбуждения и положительно влияет на нервно-мышечный аппарат. Массаж также усиливает тормозные процессы в ЦНС, снижает болевые ощущения, увеличивает объем и работоспособность атрофированных мышц, активизирует кровообращение в паретичных конечностях. Он назначается на 4-6-й день после стихания острых мозговых явлений. В целях предупреждения контрактур, деформаций и суставных болей иногда уже в первый день занятий проводят массаж и пассивные упражнения. Процедура массажа занимает поначалу - 5-7 мин, постепенно время ее доводят до 8-10 мин, понемногу увеличивая силу массажных движений. Массажные движения

выполнять поверхностно (лёгкие поглаживания) на поражённых мышцах конечностей (сгибатели и пронаторы руки, разгибатели и приводящие мышцы ноги), в которых обычно наблюдается повышение тонуса. Для остальных мышц конечности массаж может быть более глубоким, кроме поглаживания, применяют растирание и несильное разминание. Критерием при этом служит состояние тонуса массируемых мышц: чем он ниже, тем активнее проводится массаж.

Массаж комбинируется с медленным осторожным проведением пассивных движений. Если у больного ещё не проявился повышенный мышечный тонус, нет тугоподвижности (контрактуры), то пассивные и активные движения рекомендуется начинать с дистальных отделов конечностей.

Когда возникает повышение мышечного тонуса, тугоподвижность и синкинезий, движения целесообразней начать с крупных суставов

Проведение пассивных упражнений должно также осуществляться медленно, медленно с максимальной амплитудой и не должны сопровождаться болью или нарастанием тонуса. Необходимо добиваться максимального расслабления спастических мышечных групп. Большую роль в этом играют оптимальная скорость выполнения движений (достаточно быстрая, но не вызывающая спастики) и однонаправленность движений, т.е. выполнение их строго в одной плоскости. Недопустимы резкие пассивные движения в момент растяжения спастически сокращённых мышц, так как они могут вызвать ответное рефлекторное сокращение мышц. Соблюдение этих правил необходимо для постепенного воссоздания у больного адекватной проприоцептивной информации в паретичных конечностях, в целях дальнейшего обеспечения активных двигательных актов.

При спастических гипертониях особое внимание уделяют следующим движениям: сгибание и наружная ротация плеча, разгибание и супинация предплечья, разгибание кисти и пальцев, отведение и противопоставление большого пальца руки, сгибание и ротация бедра, сгибание голени (при разогнутом бедре), а также тыльное сгибание и пронация стопы. Всё это проводят лёжа на спине и животе (сгибание голени при фиксации таза) или на боку (разгибание бедра, ротация плеча и т. д.). Позднее, больному разрешают сидеть, выполняя пассивные упражнения для плечевого пояса.

Пассивные движения заканчиваются лечением положением, прерывая в дальнейшем к полупассивным и активным движениям

Дыхательные упражнения

Дыхательные упражнения применяются в качестве специальных упражнений, способствующих нормализации кровообращения, как средством снижения общей и

специальной нагрузки в процедуре лечебной гимнастики и массаже, а также для обучения больных правильному рациональному дыханию. Кроме того они преследуют цель профилактики вторичных осложнений и в частности последствий постельного режима.

Упражнения в произвольном расслаблении

Подобные упражнения используются в качестве специальных. Они способствуют снижению мышечной спастичности, а также в качестве средства, расширяющего диапазон моторных умений и навыков. Эти упражнения оказывают отчётливое тормозное действие на центральную нервную систему. Работа моторного аппарата всецело подчиняется центральной нервной системе: возбуждение моторных центров вызывает сокращение мышц и их тоническое напряжение, а торможение центров обуславливает торможение.

Полнота расслабления мышц прямо пропорциональна глубине развивающегося тормозного процесса.

Вслед за пассивными, последовательно добавляются активные движения вначале здоровой конечностью, затем - паретичной (с посторонней помощью) в различных режимах работы (преодолевающий, статический, уступающий, а также с различной степенью напряжения мышц). Применяемые в первом восстановительном периоде активные упражнения в основном повторяют пассивные и осуществляются либо с посторонней помощью, либо в облегченных условиях. Рекомендуются также упражнения с посылкой импульсов самим больным при отсутствии активных движений (идеомоторные). Активные упражнения не должны вызывать болевых ощущений. Их выполняют в медленном и спокойном темпе без форсирования объема движений. Упражняют преимущественно разгибатели верхней конечности, сгибатели голени и тыльные сгибатели стопы, чтобы препятствовать образованию обычной гемиплегической контрактуры. По мере сглаживания неврологических симптомов следует постепенно подготавливать больного к вставанию, меняя его положение в постели: повороты на бок с возвращением в положение, лежа на спине, перевод в положение сидя. Это делают во время процедур ЛГ, а в другое время с помощью обслуживающего персонала. Приучать больного к положению сидя в постели следует с того момента, как появляются произвольные движения в тазобедренном суставе, но с учетом общего состояния и срока, прошедшего после инсульта. Первое время положение сидя облегчают, обеспечивая упор для спины (стена или подушки), а позднее больному разрешают сидеть на постели с опущенными ногами.

Развитие мышечной силы

Постепенно и неуклонно надо переходить к задаче по повышению мышечной силы паретичных мышц. Они могут быть одновременно спазмированными, а их укрепление с помощью упражнений не только не усиливает эту спастичность, но, наоборот, способствует ее снижению. Многократные повторения движений с преодолением сопротивления, в различных плоскостях и направлениях, в двух и более суставах - вот основные виды упражнений для развития силы.

При появлении признаков повышения тонуса в спастических группах мышц необходимо снизить число повторений упражнений и степень мышечного напряжения. Не рекомендуется в этот период применять упражнения с ручными эспандерами, теннисными мячами, т. е. способствующие гипертонусу сгибателей кисти и пальцев.

Важны следующие методические правила при восстановлении силы:

1. вначале упражнения на увеличение силы мышц проводятся в диапазоне малых амплитуд, а затем амплитуда увеличивается вплоть до полной, физиологической;
2. после упражнений на повышение силы паретичных мышц должны следовать упражнения в их растяжении с увеличением физиологической длины мышц;
3. при выполнении сочетанных движений в двух и более суставах не должны возникать порочные содружественные движения;
4. при выполнении упражнений дыхание должно быть равномерным, особенно нужно следить за этим в момент наивысшего напряжения, чтобы исключить задержки дыхания, а также натуживание.

Предупреждение и устранение порочных синергии и синкинезий

При спастических парезах наблюдается симптом тройного укорочения (одновременное сгибание бедра, голени и стопы), сгибание локтя и приведение плеча - при сгибании кисти или пальцев; ротация бедра кнаружи, выпрямление колена и подошвенное сгибание стопы при ходьбе (ходьба «косца»). Это далеко не полный перечень основных патологических содружественных движений.

Предупреждение этих порочных содружественных движений заключается:

- а) в правильном предупредительном лечении положением;
- б) обучении больного принципам и навыкам дозированного и дифференцированного напряжения отдельных мышц или мышечных групп, начиная с минимальных напряжений, что препятствует появлению синергии;

с) в обучении больного контролю за возможным появлением содружественных напряжений и движений в определенных мышцах.

Некоторые методические приёмы при лечении больных с гемипарезами, обусловленными заболеваниями или повреждениями головного мозга (преимущественно пирамидные поражения).

Пассивное подавление синкинезий

- При занятиях лечебной гимнастикой конечности следует придавать положение, препятствующее проявлению синкинезий (при выполнении активных движений ноги фиксировать руки за головой, или вытянуть их вдоль туловища, кисти подягодицы и т.д.)

- При выполнении активных изолированных движений одной конечности другая, имеющая склонность к синкинезиям, фиксируется в нужном положении грузом или рукой методиста (например, при выполнении движений ноги рука разогнута в локтевом и лучезапястном суставах, супенирована, несколько отведена и прижата к постели).

- При выполнении какого-либо активного движения методист выполняет пассивно противосодружественные движения (так, при активном сгибании здоровой руки в локтевом суставе методист пассивно разгибает паретичную руку).

Активное подавление синкинезий

- Сегменты конечности, произвольные движения которых должны быть исключены, активно удерживаются в нужном положении самим больным (при поднимании ноги больной противодействует сгибанию руки, удерживая её в разогнутом положении).

- В занятия вводятся сочетания движений, при которых конечности производят противосодружественные движения (разгибание руки с одновременным сгибанием ноги в коленном суставе, сжатие кисти в кулак с одновременным разгибанием пальцев больной руки и т.д.).

Для этого необходимо:

1. сознательное подавление импульсов в мышечных синкинетических группах;
2. ортопедическая фиксация одного или двух суставов, в которых наиболее выражены содружественные движения (лонгетой или эластическими бинтами);
3. активное расслабление синергичных мышц;
4. противосодружественные упражнения и движения.

При этом следует соблюдать принцип малых амплитуд.

Реабилитация больных после инсульта на II и III этапах

После лечения в неврологическом отделении в остром периоде инсульта больные с дефектами двигательных и речевых функций поступают для специального восстановительного лечения в реабилитационные отделения в стационаре или в поликлинике. На II этапе решаются задачи психологической, моторной и социальной активации больных, а также задачи, определяемые реабилитационной программой с учетом имеющихся отклонений и изменений. Лица с развившимися двигательными и речевыми дефектами переводятся в специальную реабилитационную палату. Оборудование палаты: шведская стенка, шаговая дорожка, стенды с набором бытовых приспособлений, портативные трудовые тренажеры. Концентрация больных в раннем восстановительном периоде инсульта обеспечивает помимо создания психотерапевтической среды проведение групповых занятий по ЛФК. На этом этапе она включает индивидуальные и индивидуально-групповые занятия в сочетании с точечным массажем, аутогенной тренировкой, направленной на активное расслабление и локальное стимулирующее воздействие на изолированные группы мышц паретичных конечностей. В режиме дня предусматриваются многократные занятия ФУ: УГГ, ЛГ, самостоятельное выполнение упражнений больным. По мере увеличения его физической активности в комплекс занятий добавляется тренировка навыков самообслуживания и элементы трудовой терапии.

Программа реабилитации направлена на стимуляцию адаптивных и компенсаторных процессов, а также повышение волевой активности больных. Реабилитационные мероприятия на II-III этапах предусматривают расширение двигательного режима за счет различных форм и методов кинезотерапии. Дозированная ходьба и подъемы по лестнице являются одним из этих средств. При достаточной адаптации больного к физическим нагрузкам и под контролем либо инструктора ЛФК, либо медсестры больные постепенно увеличивают дистанцию и скорость передвижения при дозированной ходьбе, высоту и скорость подъема по лестнице. Темпы нарастания нагрузки в подъемах по лестнице устанавливаются для каждого больного индивидуально в зависимости от его реакции на этот вид нагрузки.

В условиях реабилитационного центра с постинсультными больными на III этапе проводится лечебная гимнастика в бассейне. Водная среда, в которой совершаются лечебные движения, оказывает дополнительное воздействие на организм

человека, теплая вода (36-37 °С) снижает тонус мускулатуры, уменьшает степень контрактуры, улучшая трофику тканей, уменьшая застойные явления и усиливая кровообращение. Упражнения в воде и плавание эффективны для постинсультных больных, так как сопротивление воды предупреждает резкие движения, делает их плавными, регулируемые и постепенными, позволяя регламентировать двигательную активность больного.

IV этап восстановительных мероприятий

Санаторно-курортное лечение является важным звеном в системе восстановительного лечения больных, перенесших инсульт. Основными задачами этого этапа реабилитации являются: закрепление положительных сдвигов, достигнутых в стационаре и реабилитационном центре при лечении основного сосудистого заболевания головного мозга; ликвидация последствий заболевания (парезы, параличи) и предупреждение повторных нарушений мозгового кровообращения; дальнейшее повышение психической и физической активности больного, адаптационных возможностей организма к бытовому самообслуживанию, трудовой и общественной деятельности.

Методические приемы аналитической (рефлекторной) терапии

Цель лечения заключается в разработке пассивных движений в отдельных сегментах конечностей, воспитании активного расслабления и реципрокных сокращений мышц-антагонистов.

«Проприоцептивное облегчение» достигается при помощи:

- а) максимального сопротивления движению;
- б) реверсии антагонистов;
- в) предварительного растяжения пораженных мышц;
- д) комплексных двигательных актов;
- е) рефлексов.

Максимальное сопротивление движению используется в следующих приемах:

- сопротивление, оказываемое руками методиста. Сопротивление непостоянно и меняется по всему объему во время движения сокращающихся мышц. Всегда дается максимальное сопротивление силовым возможностям мышц так, чтобы, преодолевая его, мышцы совершали движение в суставе. Оказывая максимальное сопротивление, методист заставляет работать мышцы больного на протяжении

всего движения с одинаковой силой, т.е. в изотоническом режиме;

- чередование мышечной работы. Преодолевая «максимальное» сопротивление, упражняемый отдел конечности (например, предплечье, голень) движется до определенной точки. Методист, увеличивая сопротивление, препятствует дальнейшему движению. Больного просят удерживать этот сегмент конечности в заданном положении и, увеличивая сопротивление, добиваются активности мышц в изометрическом режиме работы. Сопротивление затем увеличивают постепенно, чтобы не превысить удерживающих возможностей мышц (экспозиция 1-3с).

Уменьшая сопротивление, просят больного продолжать движение. Изометрическая работа переходит в изотоническую. Сначала активного движения методист доводит сопротивление до максимального;

- повторение сокращений мышц. Произвольное сокращение мышц продолжается до наступления усталости.

- реверсия антагонистов - изменение направления движения на обратное. Основой этого вида упражнений является последовательная индукция.

Ритмическая стабилизация начинается с изотонического движения сегмента конечности при «максимальном» сопротивлении. В определенной фазе движения больного просят удерживать конечность и увеличивают сопротивление силовым возможностям работающих мышц. Таким образом, изотоническая форма работы мышц переводится в изометрическую. Затем без паузы для отдыха оказывают сопротивление в противоположном направлении и больного вновь просят удерживать конечность, но уже с использованием мышц-антагонистов. Такоеритмическое переменное движение проводится несколько раз. Ритмическую стабилизацию можно применять для одного сустава или для всей конечности при фиксации больным нескольких суставов в заданном положении.

Предварительное растяжение пораженных мышц включает в себя:

- предварительное пассивное растяжение мышц. Учитывая анатомические способности упражняемых мышц, конечности придают такое положение, при котором осуществляется растяжение паретичных мышц в результате сгибания или разгибания в нескольких суставах. Например, для упражнения прямой мышцы бедра нижнюю конечность предварительно разгибают в тазобедренном и сгибают в коленном суставе. Этим приемом растягивается и подготавливается к сокращению прямая мышца бедра. Затем упражняют эту мышцу в процессе разгибания в коленном суставе. Подобным образом добиваются

предварительного растяжения других мышц;

- быстрое растяжение из фиксированного положения конечности. Оказывая сопротивление антагонистам, методист просит больного фиксировать конечность в заданном положении, максимально активизируя работу непораженных мышц. Затем методист быстро уменьшает сопротивление, вызывая движение конечности больного. Не доводя движение до полного объема, методист меняет направление движения на обратное, т.е. включает в работу ослабленные мышцы;

- быстрое растяжение мышц, следующее непосредственно за активным движением. Преодолевая максимальное сопротивление, больной выполняет медленное движение. Внезапно методист уменьшает сопротивление, что приводит к быстрому движению. Не доводя движение до полного объема, методист меняет направление движения на обратное путем включения пораженных мышечных групп.

Комплексный двигательный акт осуществляется совместным сокращением паретичных и сохранных или менее пораженных мышц. При этом упражняется не отдельная сокращающаяся мышца, а большие мышечные комплексы, участвующие в значительных и сложных двигательных актах.

В повседневной жизни у человека почти отсутствуют движения, связанные с функцией одной или двух мышц. Изолированные движения пальцев приводят к быстрому утомлению, но эти же движения в сочетании с активностью всей руки позволяют развить большую силу и выносливость.

Основные двигательные схемы в методике ЛГ включают сгибание (или разгибание), приведение (или отведение), внутреннее (или наружное) вращение. Эти типы движений сочетаются в двух основных диагональных плоскостях. В первой плоскости конечность выполняет движения вверх к голове и кнутри (приведение), а в обратном направлении - вниз от головы и кнаружи (отведение). Во второй диагональной плоскости конечность движется вверх к голове и кнаружи (отведение) и в обратном направлении - вниз от головы и кнутри (приведение). Движения по направлению кверху к голове обозначены как сгибание независимо от того, направляются ли они к средней линии или от нее (например, поднятие вверх ноги или руки). При движении вверх в первой диагональной плоскости говорят о сгибании – приведении, во второй диагональной плоскости - о сгибании - отведении. Эти термины происходят от характеристики движения в плечевом и тазобедренном суставах

Движения, производимые по направлению от головы книзу и кзади, определяются

как разгибательные (например, опускание поднятой ноги или руки). Они также могут быть направлены к средней линии или от нее. В первом случае применяется термин «разгибание – приведение», а во втором – «разгибание – отведение». Сгибание конечностей комбинируется с наружным вращением и супинацией, разгибание – с внутренним вращением и пронацией. Движения конечностей производятся в трех вариантах: конечность разогнута в локтевом (коленном) суставе; конечность сгибается в локтевом (коленном) суставе; конечность разгибается в локтевом (коленном) суставе. Это позволяет использовать в упражнениях или исключать определенные мышечные группы соответственно задачам индивидуальной двигательной терапии. Движения конечностей начинают с дистальных отделов (кисть, стопа), постепенно вовлекая более проксимальные отделы. Полный объем движений во всех участках двигательной схемы достигается только в конечной фазе упражнения.

Рефлексы.

Многие рефлексы можно использовать для облегчения произвольных движений. При выполнении таких упражнений стимулируют рефлекс и стремятся выполнить движение в той же группе мышц, которые сокращаются под влиянием рефлекса.

Различают шейно-тонические и лабиринтно-тонические рефлексы.

Лабиринтно-тонический рефлекс проявляется повышением тонуса разгибательных мышц в положении лежа на спине и усилением напряжения сгибательных мышц при переворачивании на живот. В положении лежа на спине тонус разгибательных мышц может усиливаться в разной степени – от легкого выпрямления ног до резкого откидывания головы назад и разгибания спины в виде дуги. Естественно, что без преодоления повышенного разгибания больной не может сесть. В зависимости от того, тонус каких мышц повышен, принимается та или иная поза. Фиксация позы может привести к контрактурам в этих суставах.

Шейно-тонический рефлекс.

При поднимании или опускании головы повышается тонус разгибательной или сгибательной группы мышц. Этот рефлекс нередко сопровождается возникновением лабиринтно-тонического рефлекса.

Для коррекции патологических позных рефлексов при выполнении определенных движений конечности придают положение, противоположное тому, которое возникает под влиянием шейно – и лабиринтно-тонических рефлексов. Например, при попытке сесть у больного возникают ротация бедер, голени кнутри, разгибание стоп. В таком случае при попытке сесть методист помогает ему удерживать

конечность в положении наружной ротации бедер, голеней, тыльного сгибания стоп. Если полная коррекция положения конечностей сразу не удастся, то сначала делают частичную коррекцию, а затем ее постепенно увеличивают. От методиста требуется тщательная дозировка усилий, прилагаемых во время коррекции. При больших усилиях может возникнуть боль, которая будет препятствовать движениям. Если усилие будет слишком малым, то никакой коррекции не произойдет. По мере того как больной научится сохранять приданную конечностям позу, усилия методиста должны постепенно ослабевать.

Обучение ходьбе

Подготовка больного к ходьбе должна начинаться еще в период пребывания его в постели; по существу, все упражнения, описанные выше, уже являются такой подготовкой. Дополнительно рекомендуется применять следующее специальное упражнение: И.п. лежа на спине, кисти рук с пальцами, переплетенными в «замок», подложены под голову. Методист, держа голени больного в нижней трети, прижимая подошвы к поверхности постели, производит попеременные сгибания ног в коленных суставах. В этом упражнении в центральную нервную систему идут не только проприоцептивные афферентные импульсы с мышц, связок и суставов, но и импульсы с кожной поверхности подошв (имитация самостоятельного передвижения).

Кожные ощущения при ходьбе играют несомненную роль в ее правильности, в нормализации статики всего тела в вертикальном положении. Прежде чем овладеть навыком передвижения, больной должен научиться стоять на обеих ногах. При этом необходимо наблюдать, чтобы он приучался распределять тяжесть тела равномерно на обе ноги. Больного нужно научить стоять на одной ноге, сначала на здоровой, а позже - на пораженной (с поддержкой методиста). Затем пациент должен овладеть упражнением типа «шага на месте».

В процессе обучения ходьбе необходимо следить за тем, чтобы больной приучался правильно держать среднюю линию своего тела и равномерно распределял его тяжесть на обе стороны.

Основная задача во время передвижения - научить больного сгибать пораженную ногу во всех трех суставах, чтобы стопа не цеплялась за пол носком. Для этого методист, поддерживая больного, подает команду «поднять ногу как можно выше, согнуть ее в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах». Для облегчения координации движения ног во время ходьбы целесообразно пользоваться специальной дорожкой с разметкой постановки стоп. Чтобы больной не забывал выше поднимать ногу, между «отпечатками следов» укладывают брусочки, через которые необходимо перешагивать.

В начале обучения передвижению рекомендуется надевать тугор с резиновыми тягами, заменяющими пораженные мышцы-разгибатели голени

Чтобы предупредить отвисание пораженной руки и выход головки плечевой кости из суставной впадины во время передвижения, эту руку необходимо фиксировать на косынке. Во время обучения передвижению следует следить за состоянием сердечно-сосудистой системы и строго регулировать отдых в положении сидя.

Для обучения ходьбе применяют «козелки» с твердой опорой для рук, параллельные брусья. Как только больной будет в состоянии самостоятельно передвигаться, полезно дать ему в пораженную руку четырех- или трехопорный костыль, который обеспечивает надежную опору.

Реабилитация больных с невритом лицевого нерва.

Неврит лицевого нерва проявляется периферическим параличом или парезом мимической мускулатуры соответствующей половины лица, сопровождающимся его асимметрией. В классификации ВОЗ для обозначения этого заболевания принят термин «паралич Белла» — по имени автора, в 1836 г. впервые описавшего клиническую картину паралича мимических мышц центрального и периферического генеза.

По данным ВОЗ, паралич Белла — наиболее распространенный вид мононевропатий. На 100000 населения встречается 13-24 случая паралича Белла, причем одинаково часто у мужчин и женщин.

Средства лечебной физкультуры (ЛФК) — лечение положением, массаж, лечебную гимнастику (ЛГ) — применяют с первых дней заболевания. Кроме того, их с успехом используют при остаточных явлениях и осложнениях: контрактурах, содружественных движениях (синкинезии).

ЛФК показана:

- при невритах лицевого нерва инфекционной и сосудистой этиологии;
- после оперативного удаления опухолей, вызвавших сдавление лицевого нерва;
- после полной санации острого гнойного процесса в среднем ухе, вызвавшего невритлицевого нерва;
- при последствиях операции по поводу эпитимпанита (редко).

Задачи ЛФК: улучшить кровообращение лица, особенно на стороне поражения, а также в области шеи и всей воротниковой зоны; предотвратить развитие осложнений;

восстановить нарушенную функцию мимических мышц и правильное

произношение, а при тяжелых поражениях нерва, плохо поддающихся лечению, — ослабить мимические проявления, чтобы скрыть дефекты лица.

Основные принципы применения лечебной гимнастики

(по Н.Ф. Третьяковой)

1. Сочетание общего воздействия физических упражнений на организм со специальной тренировкой пораженных мимических мышц.

2. Применение физических упражнений в виде процедур ЛГ проводится систематически и регулярно с первых дней заболевания до момента полного функционального восстановления всех пораженных мимических мышц.

3. Естественные мимические движения лица составляют основу физических упражнений, применяемых для тренировки мимической мускулатуры.

4. Целесообразно выполнение упражнений одноименными мышцами.

5. В зависимости от тяжести пареза мимических мышц можно менять активность выполнения:

- посылка импульсов к сокращению мышц;
- пассивные движения;
- активные движения с помощью;
- активные движения с сопротивлением.

6. Целесообразно применение отдельных приемов артикулярной гимнастики, особенно у детей младшего возраста.

7. Если во время выполнения упражнений происходит непроизвольно содружественное сокращение других мышц лица, необходимо препятствовать их сокращению, производя ручное растяжение непроизвольно сокращенных мышц или фиксируя их рукой.

8. Сочетанное применение ЛГ с применением ортопедического лечения в виде положения специальных лейкопластырных повязок на сокращенные мимические мышцы. При контрактурах мимических мышц лейкопластырные повязки используют для растяжения сокращенных мышц. При параличах с выраженной асимметрией лица в покое для предотвращения растягиваний паретичных мышц с первых дней применяют лейкопластырные повязки. При этом один конец полоски лейкопластыря шириной 1 см закрепляют на подбородке пораженной стороны, а второй, поддерживая щеку, фиксируют в височной области на границе роста волос. При контрактуре круговой мышцы глаза полоски лейкопластыря шириной 0,5 см и длиной 5-6 см накладывают на предварительно растянутое нижнее и верхнее веко от внутреннего угла глаза к наружному, наружному, по возможности ближе к краю века. Концы лейкопластырных

полосок прикрепляют к коже височной области. Тогда, когда в покое носогубная складка на стороне поражения больше выражена и угол рта подтянут вверх полоску лейкопластыря шириной 1 см одним концом накладывают на предварительно растянутую квадратную мышцу верхней губы перпендикулярно к ходу носогубной складки, а вторым прикрепляют на подбородке. Другую полоску лейкопластыря накладывают одним концом над верхней губой у угла рта, а вторым прикрепляют на подбородке пораженной стороны лица. Лейкопластырные повязки фиксируют на лице после занятий лечебной гимнастикой и снимают на следующее утро.

9. В процессе занятий вырабатываются правильные координационные отношения пораженной и здоровой сторон лица.

10. Подбор упражнений и составление комплекса для каждого больного осуществляют строго индивидуально с учетом клинической картины заболевания, характера распространенности и глубины двигательных нарушений мимической мускулатуры.

11. Во время лечебной гимнастики соблюдать следующие правила:

а) во время индивидуального занятия методист сидит перед больным, лицо равномерно и хорошо освещено, свет не должен быть ярким и направленным в глаза, поскольку это вызывает напряжение мышц лица;

б) во время занятия с больным используют метод слова и показа;

в) упражнения выполняют в среднем темпе с обязательным полным расслаблением мимических мышц после каждого активного сокращения;

г) в течение процедуры ЛГ комплекс упражнения повторяет обычно 2 раза, длительность процедуры ЛГ 15-20 минут. ЛГ проводится методистом и кроме того больные самостоятельно занимаются 3-4 раза в день. Условно курс лечения разделяется на три периода соответственно задачам восстановления, обусловленные клиническими проявлениями заболевания. В первом периоде движения отсутствуют или имеется намек на движение.

Из физиотерапевтических методов лечения, учитывая показания и противопоказания могут применяться следующие методы:

1. Терапия синусоидальными модулированными токами (СМТ)
2. Гальванизация
3. Дидинамотерапия (ДДТ)
4. УВЧ – терапия (электрическое поле УВЧ).
5. Магнитотерапия

6. Светолечение
7. Лазеротерапия
8. Ультразвуковая терапия
9. Обтирание, обливания, души, ванны.
10. Грязелечение. (*Механизмы воздействия, техника проведения указаны в методических указаниях по перечисленным методам физиотерапии*)